

Gespr chsanalytische Förderung Kommunikativer Kompetenzen von Medizinern und Psychologen

Prof. Dr. Arnulf Deppermann

Department of German Language and Literature, University Mannheim, Germany
Department Chief of Pragmatics at the Institute for German Language, Germany

Abstract

This paper argues for the need of training doctors in order to improve their skills of listening to patients and of conducting the interaction with them. It argues for applied discourse analysis as an approach to medical discourse which provides for the soundest empirical basis for developing training schedules. The article shortly reviews the basic procedures and stocks of knowledge which are proper to applied discourse analysis. It then turns to the improvement of doctors' skills of active listening to the patient of and analyzing his/her communicative displays, e.g. regarding emotions, subjective theories of illness and identity concerns of his/her sufferings. Finally, aspects of the improvement for doctors' communicative skills are discussed, e.g. enhancing the comprehensibility of doctors' turns at talk, the management of the patients' participation in medical dialogue and the formulation of questions.

Key Words: Doctor-patient communication, Medical communication, Therapeutic communication, Communicative competence, Conversation analysis, Applied conversation analysis

Mündlich zu kommunizieren ist die Form des Sprachgebrauchs, die jeder von uns von klein auf ganz selbstverständlich in Familie und unter Gleichaltrigen, in Ausbildung und Arbeit lernt. Die Entwicklung von Gesprächsfähigkeiten ist aber in viel geringerem Maße als der Erwerb von Lese- und Schreib-

fähigkeiten Gegenstand einer spezialisierten formalen Schulbildung. Mündliche Kommunikationsfähigkeiten entwickeln wir in alltagspraktischen Zusammenhängen, en passant und ohne ausdrückliche Instruktionen. Manchmal erweist sich dieses selbstverständliche Fundament als nicht ausreichend tragfähig. Konflikte lassen sich nicht lösen, Gespräche verlaufen ineffizient und ergebnislos und wir bemerken, dass wir für besondere Aufgaben der mündlichen Kommunikation im Beruf nicht gerüstet sind. So wird es zu einem gesellschaftlichen Bedürfnis, die naturwüchsig entwickelten mündlichen Kommunikationsfähigkeiten systematisch und zielgerichtet zu verbessern.

교신저자 : Arnulf Deppermann, Institut für Deutsche Sprache, R 5, 6-13, D-68161 Mannheim, Postfach 101621, D-68016 Mannheim, Germany
E-mail: deppermann@ids-mannheim.de

* 이 글은 서울대학교 인문학연구원의 의료커뮤니케이션에 대한 대화분석적 연구 팀 (연구책임자: 강창우 교수)이 2006년 2월 20과 21일 양일 동안 서울대학교에서 주최한 워크숍의 초청강사인 아르눌프 데퍼만 (Arnulf Deppermann) 교수가 발표한 글로서 저자의 동의하에 게재함을 밝힌다.

Dieses Bedürfnis ist besonders ausgeprägt, wenn das Gespräch das zentrale Instrument des beruflichen Handelns ist. In Medizin und Psychologie ist das Gespräch zwischen Therapeut und Patient entscheidend für den Erfolg der Behandlung. Egal um welches Problem, um welche Krankheit es sich handelt, folgende vier kommunikative Aufgaben und Dimensionen sind bei jeder Behandlung wichtig:

- Information des Patienten an den Arzt: Im Gespräch gewinnt der Therapeut die wichtigsten Informationen über seinen Patienten: Aus dem Gespräch mit dem Patienten erfährt er dessen Anliegen und seine Beschwerden, das Gespräch liefert ihm die Krankheitsgeschichte (Anamnese)
- Ausdruck von Problemen des Patienten und sein Umgang mit ihnen: Im Gespräch zieht der Therapeut aus dem Gesprächsverhalten des Patienten Rückschlüsse auf dessen psychische Probleme und er erfährt, wie Patienten eine somatische Krankheit bewältigen (Coping) z.B. klagt der Patient, macht er sich oder anderen Vorwürfe, versucht er die Belastung durch die Krankheit zu verleugnen etc? Der Patient setzt also in seinem Gespräch mit dem Therapeuten psychische Probleme und seinen Umgang mit der Krankheit interaktiv in Szene und er zeigt, wie er interpersonelle Beziehungen gestaltet.
- Informationen des Arztes an den Patienten: Im ärztlichen Gespräch informiert der Arzt den Patienten über seine Befunde und Diagnosen, er erklärt Untersuchungsverfahren und den Therapieplan, er erläutert die Wirkungsweise von Medikamenten und seine Erwartungen an die Mitarbeit des Patienten bei dessen Gesundung.
- Therapeutische Beziehung: Eine vertrauensvolle und stabile Beziehung zwischen Arzt und Patient kann sich nur entwickeln, wenn der Patient das Gespräch mit dem Arzt als befriedigend erlebt.

Dies ist dann der Fall, wenn der Patient spürt, dass der Arzt sich für sein Problem interessiert und es ernst nimmt, und wenn ihm der Arzt kompetent und verständnisvoll erscheint.

Diese vier Aufgaben, die sich für jeden Kontakt zwischen Arzt und Patient stellen, erfordern vom Arzt besondere kommunikative Kompetenzen. Um sie methodisch fundiert zu schulen, bedarf es zunächst der empirischen Untersuchung mündlicher Kommunikation. Sie ist die Voraussetzung für eine reflektierte Praxis der Vermittlung von Kommunikationsfähigkeiten.

Ich möchte Ihnen heute das Konzept der Angewandten Gesprächsforschung vorstellen, das m.E. genau diese Aufgabe erfüllt, nämlich auf solider linguistischer Grundlage Maßnahmen zur Förderung von Gesprächsfähigkeiten für Mediziner und Psychologen zu entwickeln.

Zunächst stelle ich das Konzept der Angewandten Gesprächsforschung vor: ihre Ziele, ihre Untersuchungsgegenstände, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und ihr Vorgehen. Danach gehe ich darauf ein, welche kommunikativen Kompetenzen für Mediziner und Psychologen besonders wichtig sind und wie sie zu schulen sind.

Das Konzept der Angewandten Gesprächsforschung

1. Ziele: Was will die Angewandte Gesprächsforschung?

Die Angewandte Gesprächsforschung setzt sich vier aufeinander aufbauende Ziele:

- Dokumentation, Beschreibung und Verstehen von Gesprächsprozessen
- Analyse von Kommunikationsproblemen und -anforderungen

- Erarbeitung von Problemlösungen und Optimierungen
- Entwicklung von Kommunikationsberatungs- und Trainingskonzepten

Man sieht hier schon den Weg von der grundlagenwissenschaftlichen Forschung über die problembezogene Analyse hin zur Umsetzung in der Anwendung zusammen mit den Betroffenen. Die Angewandte Gesprächsforschung ist also ein Konzept, das Praxis auf wissenschaftlicher Erkenntnis gründet und umgekehrt Fragen für die wissenschaftliche Forschung aus den Problemen der Praxis gewinnt.

2. Gegenstände: Was untersucht die Angewandte Gesprächsforschung?

Die Angewandte Gesprächsforschung hat in den letzten zwanzig Jahren mündliche Kommunikation in den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Handlungsbereichen untersucht. Die meisten Berufsmöglichkeiten für den angewandten Linguisten bietet das Feld der Wirtschaftskommunikation. Hier wurden bspw. Arbeitsbesprechungen, Verhandlungen, Verkaufs- oder Call Center-Servicegespräche eingehend untersucht⁵. Ein weiterer zentraler Bereich ist die Schule². Zahlreiche Forschungen liegen auch zu Arzt-Patient-Gesprächen in der Medizin²⁵, zu psychotherapeutischen und Beratungsgesprächen¹⁷ und zu Schlichtungsinteraktionen im Bereich der Justiz²⁶ vor.

3. Grundlagen: Welches Wissen braucht der/die Angewandte Gesprächsforscher/in?

Die Analyse und Diagnose mündlicher Kommunikation erfordert ein solides allgemeinlinguistisches Wissen. Zudem benötigt man Kenntnisse von Untersuchungen zum gesellschaftlichen Kommunikationsbereich, in dem gearbeitet werden soll. In diesem Fall ist also Wissen über die Besonderheiten der medizi-

nischen Kommunikation, das Arzt-Patient-Gespräch, wichtig. Darüber hinaus ist es wichtig, das Gesprächsverhalten besonderer Patientengruppen zu kennen. Für einen Psychiater ist es z.B. wichtig, besondere Gesprächsstrategien von Angstpatienten oder Psychotikern zu kennen. Vor allem aber müssen die Methoden, Konzepte und Befunde der Forschungsrichtungen, die speziell mündliche Kommunikation untersuchen⁴, beherrscht werden. Dies sind insbesondere:

3.1. Gesprochene Sprache-Forschung

Die Gesprochene Sprache-Forschung^{12,28} beschreibt die besonderen phonologischen, aber auch syntaktischen, semantischen u.a. Eigenschaften, die gesprochene Sprache von der geschriebenen unterscheiden, und sie untersucht, welche speziellen Funktionen diese Eigenschaften in Gesprächen haben.

3.2. Konversationsanalyse

Die Konversationsanalyse untersucht, nach welchen Prinzipien Kommunikationsteilnehmer ihre Gespräche organisieren^{3,8,16}. Sie rekonstruiert, wie Gesprächsteilnehmer die Bedeutung ihres Tuns anzeigen und aushandeln, mit welchen Verfahren sie regelmäßig wiederkehrende Interaktionsaufgaben und -probleme bearbeiten und an welchen impliziten Erwartungen sie sich beim Produzieren und Verstehen von Gesprächsbeiträgen orientieren.

3.3. Funktionale Pragmatik

Die Funktionale Pragmatik baut auf der Sprechakttheorie auf und befasst sich mit der Kommunikation in Institutionen^{10,11}. Sie fragt, wie gesellschaftliche Zwecke durch sprachliche Handlungsmuster verfolgt werden. Sie betrachtet den Zusammenhang zwischen dem diskursiven Handeln gesellschaftlicher Rollenträger (z.B. Verkäufer und Käufer) und ihren

Interessen und zeigt die daraus resultierenden Probleme und Widersprüche institutioneller Kommunikation auf.

3.4. Interaktionale Soziolinguistik

Die interaktionale Soziolinguistik ist im Zusammenhang der Untersuchung interkultureller Kommunikation entstanden^{1,14}. Sie befasst sich mit Strategien der Kontextualisierung, mit denen auf indirekte Weise Einstellungen zum Gesprächspartner, Redeintentionen, Identitätszuschreibungen, Anspielungen usw. signalisiert werden, und untersucht die Probleme, die entstehen, wenn sich die Strategien der Gesprächsteilnehmer nicht decken.

3.5. Sprechwissenschaft

Die Sprechwissenschaft untersucht die Funktionsweise und den kommunikativen Einsatz der Stimme^{9,15}. Sie liefert Erkenntnisse über den effizienten und physiologischen Einsatz von Atem und Stimme und über deren ihre Pathologie. Und sie befasst sich mit der situationsangemessenen und rhetorisch effektiven Gestaltung von Phonation und Redeaufbau.

Als Angewandter Gesprächsforscher muss man sich aber auch der Grenzen des linguistischen Vorgehens bewusst sein. Mündliche Kommunikation in Alltag und Beruf ist ein Geschehen im Schnittpunkt vieler Bezüge, das eine interdisziplinäre Betrachtungsweise erfordert. Kenntnisse aus anderen Fachwissenschaften (v.a. Psychologie, Soziologie und Pädagogik) und vor allem Wissen über das Anwendungsfeld (Wirtschaft, Verwaltung, Medizin etc.), in dem Probleme mündlicher Kommunikation zu lösen sind, müssen deshalb zusätzlich herangezogen werden. Hier sind deshalb meistens vertiefte ethnographische Kenntnisse und der Einsatz entsprechender Methoden (teilnehmende Beobachtung, Dokumentenanalyse, Feldinterviews etc.) notwendig.

4. Vorgehensweise: Wie arbeitet die Angewandte Gesprächsforschung?

Ein Forschungsprojekt der Angewandten Gesprächsforschung vollzieht sich in vier Schritten:

- Datenerhebung
- Datenaufbereitung
- Datenanalyse
- Fördermaßnahmen

4.1. Datenerhebung: Aufzeichnungen authentischer Gespräche

Audio- bzw. Video-Aufzeichnungen authentischer Gespräche sind die unverzichtbare Datengrundlage für den Gewinn von Erkenntnissen über Gesprächsprozesse. Authentisch sind solche Gespräche, die genau der Kommunikationspraxis entstammen, über die Aussagen gemacht werden sollen. In unserem Fall beruhen also die Aussagen auf tatsächlichen Arzt-Patient-Gesprächen aus der klinischen Behandlungspraxis. Die Gespräche sind nicht eigens für Forschungszwecke arrangiert wurden wie z.B. Rollenspiele, und es wird auch nicht auf Interviews oder Fragebögen zurückgegriffen, in denen Ärzte oder Patienten von ihren Gesprächserfahrungen berichten. Solche Berichte sind immer in hohem Maße bestimmt von Erinnerungslücken, Beschreibungsproblemen und selektiver Wahrnehmung und Interpretationen. Sie können grundsätzlich nicht die vielen Details und den genauen Ablauf der Prozesse, die ein Arzt-Patient Gespräch prägen, wiedergeben.

Die Arbeit mit authentischen Aufnahmen unterscheidet die Angewandte Gesprächsforschung von allen anderen Ansätzen der Kommunikationsberatung und des -trainings. Genau hierin liegt ihre besondere empirische Fundierung: Alle Maßnahmen bauen auf Analysen von Kommunikationsprozessen auf, wie sie tatsächlich in der Praxis stattfinden. Die Angewandte

Gesprächsforschung wendet sich dagegen, Annahmen über Probleme nur aus der Theorie, der Erinnerung an Kommunikationserfahrungen oder aus der Introspektion abzuleiten. Sie ist ebenso skeptisch gegenüber allen vermeintlich allgemeingültigen Lösungen. Stattdessen setzt sie darauf, die spezifischen Gegebenheiten des Kommunikationsfeldes genau zu erfassen und davon ausgehend Lösungen zu entwickeln.

Zwar ist es in der angewandten Arbeit vor Ort oft sehr schwierig, Gesprächsaufnahmen zu erhalten. Doch sollte soweit als möglich versucht werden, spätere Fördermaßnahmen auf die Analyse der tatsächlichen Kommunikationspraxis zu stützen, denn sonst ist gar nicht klar ist, welche Probleme wirklich virulent sind.

4.2. Datenaufbereitung: Transkription

Um Gespräche detailliert untersuchen zu können, müssen sie transkribiert werden. Transkription meint die Verschriftung von Audio- oder Videoaufnahmen mündlicher Kommunikation nach speziellen ‘Transkriptionsvorschriften’. Mit diesen Vorschriften sollen die besonderen Eigenschaften von Mündlichkeit wiedergegeben werden.

4.2.1. Eigenschaften mündlicher Kommunikation

Die mündliche Kommunikation im Gespräch unterscheidet sich nämlich ganz grundsätzlich von der schriftlichen in mehreren Punkten:

- Sie wird produziert
- von mehreren Beteiligten,
- stimmlich-akustisch,
- in einem fortlaufenden, flüchtigen und unumkehrbaren Prozess,
- mit Beteiligung des Körpers als kommunikativem Ausdrucksfeld,
- in einer konkreten raumzeitlichen Situation.

Entsprechend muss in Transkripten vieles notiert

werden, was in Texten normaler Weise nicht zu finden ist. Dazu gehört vor allem:

- die genaue Abfolge der Gesprächsbeiträge (turns) der verschiedenen Sprecher, insbesondere auch ihre Überlappungen und Pausen beim Sprecherwechsel,
- die genaue, unbereinigte Notation des Gesprochenen, also mit allen Versprechern, Abbrüchen, Reparaturen, Wiederholungen, ungrammatischen Formen etc.,
- die zeitlichen Eigenschaften der Kommunikation (Sprechtempo und Pausen),
- die prosodischen und stimmlichen Eigenschaften (Lautstärke, Tonhöhe, Sprechausdruck, dialektale Lautung),
- nicht-verbale Aktivitäten (vokale: Lachen, Gähnen, Einatmen etc.; Körperausdruck: Gestik, Mimik, Blickkontakt, Proxemik etc.; Parallelhandlungen während des Gesprächs: Akten lesen, körperliche Untersuchung, Ansehen von Röntgenbildern etc.)

Nur durch die genaue Notation dieser Phänomene konnte entdeckt werden, dass vieles, was uns zunächst chaotisch, (grammatisch) falsch oder überflüssig zu sein scheint, in Gesprächen systematisch eingesetzt wird. Das gilt z.B. für Rückmeldesignale (hm, ja) und Gliederungssignale (äh), syntaktisch unvollständige Strukturen (Ellipsen), Wiederholungen oder Übertreibungen (Hyperbeln).

4.2.2. Anfertigung und Einsatz von Transkripten

Transkribieren ist eine zeitaufwändige Arbeit, die genauso wie das Lesen von Transkripten eingeübt werden muss. Die Fähigkeit, Transkripte anzufertigen, zu lesen und zu analysieren, ist unerlässlich, wenn man sich als Linguist mit mündlicher Kommunikation befasst. In der Arbeit mit Transkripten entwickelt sich der analytische Blick für die mikroskopischen Details des Interaktionsgeschehens und ihr Zusammenspiel. In

der praktischen Arbeit im Berufsfeld ist es jedoch häufig nicht möglich, Transkripte von Aufnahmen aus dem Untersuchungsfeld zu erstellen, sie akribisch auszuwerten oder zusammen mit den Betroffenen zu diskutieren. Der linguistische Gesprächsanalytiker wird hier gezwungen sein, Abkürzungsverfahren zu benutzen, die er seinem professionellen Wissen über typische Probleme und Lösungsmöglichkeiten entnehmen muss. Gerade Medizinerinnen und Psychologinnen haben aber meist ein größeres Interesse an Kommunikation als viele andere Berufsgruppen. Nach meiner Erfahrung ist es durchaus möglich, sie für die gemeinsame Arbeit mit Video- bzw. Tonaufnahme und Transkript zu gewinnen und ihnen zu vermitteln, welche großen Erkenntnisgewinne diese Methoden für ihre Berufspraxis bieten können.

4.3. Datenanalyse: Gesprächsauswertung

Hauptsächliche Methode der Auswertung ist die Konversationsanalyse. Sie wird ergänzt durch ethnographische Kenntnisse. Bei der Auswertung von Gesprächen soll rekonstruiert werden, nach welchen Prinzipien und mit welchen sprachlich-kommunikativen Verfahren Gesprächsteilnehmer ihren Austausch organisieren. Diese Erkenntnisse über den Verlauf von Gesprächen werden daraufhin befragt, welche Aufgaben die Gesprächsbeteiligten bearbeiten und welche Ziele sie dabei verfolgen⁸.

Mit Blick auf die Anwendung interessiert besonders, wie Kommunikationsprobleme entstehen, wie sie sich im Gesprächsverlauf bemerkbar machen, wie ihnen vorgebeugt werden kann bzw. wie sie bereinigt werden können. Weiterhin interessiert, wie man das Wissen über Gesprächsverhalten benutzen kann, um ein vertieftes Verständnis von Gesprächsprozessen und über die Möglichkeiten ihrer Steuerung zu gewinnen, sowie um den Patienten, seine Probleme und seinen Umgang mit der Krankheit besser zu ver-

stehen. Dazu später Genaueres.

4.4. Förderungsmaßnahmen: Beratung und Training

Die Förderung der mündlichen kommunikativen Kompetenz kann einzelfallbezogen oder als problembezogenes Programm durchgeführt werden. Die einzelfallbezogene Beratung bzw. das Coaching einer Einzelperson analysiert zunächst die in der Kommunikationspraxis festzustellenden Probleme und entwickelt dann für die Betroffenen und zusammen mit ihnen Handlungsalternativen.

Trainings gehen dagegen davon aus, dass eine in ihren Grundzügen bekannte Problemsituation anzunehmen ist, die in bestimmten, oftmals vorab als Programm festgelegten Trainingsschritten bearbeitet werden kann. Diese können unterschiedlich stark didaktisiert sein und mehr oder weniger an die individuellen Bedingungen vor Ort und an die speziellen Probleme und Fähigkeiten der Trainingsteilnehmer angepasst werden. Methoden des Trainings sind: Vermittlung von theoretischen Erkenntnissen über Kommunikationsprozesse, Rollenspiele mit Videoaufnahme und anschließender gemeinsamer Analyse, Simulation (Nachspielen) authentischer Fälle, Transkriptanalyse.

Kommunikative Kompetenzen für Ärzte und Psychologinnen

Welche kommunikativen Kompetenzen sind nun speziell für Ärzte und Psychologinnen relevant?

Grundsätzlich gibt es zwei wesentliche Bereiche von Kompetenzen: Zum einen Fähigkeiten des Zuhörens und der Gesprächsanalyse, zum anderen die Gesprächsführung. Beide hängen eng miteinander zusammen, denn eine gute Gesprächsführung erfordert genaues Zuhören und die zutreffende Analyse der Äußerungen des Patienten.

1. Fähigkeiten des Zuhörens und der Gesprächsanalyse

Der Arzt muss im Gespräch die Äußerungen des Patienten aufmerksam aufnehmen. Insbesondere muss er offen sein für unerwartete Sachverhalte, die der Patient als wichtig markiert. Vor allem aber muss der Arzt nicht nur die diagnostisch relevanten Informationen über Krankheitssymptome erfassen. Ebenso wichtig ist es, die Bedeutung der Krankheit für den Patienten zu verstehen. Dies beinhaltet Emotionen und subjektive Theorien zur Krankheit, ihre Bewältigung und ihre Bedeutung für die Identität des Patienten:

- Emotionen: Der Arzt muss auf die Emotionen des Patienten zu seiner Krankheit hören. Vor allem ist es wichtig, seine Ängste zu erfassen, zum Verlauf und den Folgen der Krankheit ebenso wie etwa zu bevorstehenden Eingriffen (z.B. vor Operationen) und Therapiemaßnahmen (z.B. Chemotherapie, Nebenwirkungen von Medikamenten).
- Subjektive Theorien: Sehr wichtig für den therapeutischen Prozess ist es, dass der Arzt die "subjektiven Theorien", d.h., die Erklärungen, die sich der Patient selbst für seine Krankheit zurecht legt, erfährt. Was ist nach Meinung des Patienten die Ursache der Krankheit? Inwieweit gibt er sich selbst oder anderen die Schuld an seiner Krankheit? Glaubt er an biomedizinische, an psychologische oder an spirituelle Ursachen für seine Krankheit? Was meint er, selbst gegen sie tun zu können? Diese Aspekte der subjektiven Theorie des Patienten bestimmen ganz wesentlich, welche Behandlung er vom Arzt erwartet, zu welchen therapeutischen Maßnahmen er bereit ist und wie aktiv der Patient im Therapieprozess mitarbeiten wird (Compliance). Ebenso kann der Versuch des Arztes, dem Pati-

enten seine Krankheit und die Behandlung zu erklären, nur erfolgreich sein, wenn er die subjektive Theorie des Patienten als Ausgangspunkt für dessen Verständnis und Bereitschaft, die ärztlichen Erklärungen anzunehmen, in Rechnung stellt.

- Bewältigung: Weiterhin ist es wichtig zu erfahren, wie der Patient im Alltag die Krankheit bewältigt: Wo behindert sie ihn? Welche Rolle spielt sie für seine sozialen Beziehungen in der Familie, zu Freunden und auf Arbeit? Wie versucht er selbst, die durch die Krankheit entstehenden Beeinträchtigungen zu bewältigen? Über welche Ressourcen verfügt der Patient, um (besser) mit der Krankheit und ihren Folgen umgehen zu können?
- Identität: Gerade chronische Krankheiten greifen tief in die Identität des Patienten ein. Sie bedeuten einen biographischen Bruch, der den bisherigen Lebensplan, selbstverständliche Identitätsentwürfe und tief verwurzelte Gewohnheiten und Werte in Frage stellt. Insbesondere bei chronischen Krankheiten stellt sich also die Frage: Welche Rolle spielt die Krankheit für die Identität des Patienten? Sieht er sich bspw. als hilfloses Opfer, als Experte seiner selbst oder findet er seine Würde und seinen Lebenssinn im Kampf mit der Krankheit? Welche Lebensbereiche betrifft die Krankheit des Patienten, so dass hier für ihn die Notwendigkeit entsteht, ein neues Selbstverständnis zu gewinnen? Wie beeinflusst die Krankheit die Zukunftsaussichten des Patienten, z.B. für Berufstätigkeit oder die Möglichkeit der Elternschaft?

Bei all diesen Aspekten ist es wichtig, dass der Arzt nicht nur auf die Inhalte des Gesprächs (das "Worüber?"), sondern mindestens ebenso auf das

“Wie?” des Sprechens des Patienten achtet. Vor allem Psychiatern ist dieser Gedanke vertraut, und er liegt dem psychoanalytischen Konzept der ‘Gegenübertragung’ zu Grunde²⁷. “Gegenübertragung” meint, dass der Patient durch sein Kommunikationsverhalten im Therapeuten die Gefühle, Wünsche und Beziehungskonstellationen anregt, die er selbst unbewusst durch sein Kommunikationsverhalten zum Ausdruck bringt. Vor allem Psychotherapeuten verfügen oft über eine hohe intuitive Kompetenz, Eigenschaften des Sprechens wahrzunehmen, die Aufschluss über psychische Befindlichkeiten und Probleme des Patienten geben, und anhand derer zu erkennen ist, wie der Patient mit seiner Krankheit umgeht. Sie verfügen aber nicht über systematisch geschulte Beobachtungs- und Beschreibungskompetenzen. Hier liegt also eine wesentliche Aufgabe für die Angewandte Gesprächsforschung. Das Ziel besteht darin, Ärzten Beobachtungs- und Interpretationsmöglichkeiten an die Hand zu geben, die helfen, die klinische Eindrucksbildung und Diagnose systematischer und begründbarer zu machen und auf wissenschaftliche Erkenntnisse über Sprache und Kommunikation zu stützen.

Mit klinischer Urteilsbildung meine ich zum einen natürlich die Differentialdiagnose bei psychischen Problemen wie z.B. Depression, Angststörungen, post-traumatischer Belastungsstörung. Klinische Urteilsbildung beinhaltet jedoch noch erheblich mehr, was sich kommunikativ vermittelt und was für jeden therapeutischen Prozess, auch in der somatischen Medizin, relevant ist. Insbesondere sind die oben genannten Punkte, also die emotionale Betroffenheit des Patienten durch die Krankheit, seine Bewältigungsstrategien und Identitätsansprüche, seine Selbstwahrnehmung und seine Krankheitstheorie sowie die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, seine Erwartungen an die Behandlung und seine Therapiemotiva-

tion.

1.1. Gesprächsanalytische Weiterbildung in klinischer Urteilsbildung

Zur Förderung gesprächsanalytischer Kompetenzen entwickeln wir in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Abteilung der Evangelischen Krankenhäuser Bielefeld ein Programm zur gesprächsanalytischen Weiterbildung für Psychiater und Neurologen. Es beinhaltet drei Module: Eine Einführung in allgemeine Herstellungsbedingungen von Gesprächen, die Arbeit an Gesprächsdaten und die Diskussion und Analyse von besonders kritischen und relevanten Gesprächssituationen und -phänomenen in der klinischen Praxis.

1.1.1. Herstellungsbedingungen von Gesprächen

Wir möchten zunächst mit grundlegenden Eigenschaften und Herstellungsbedingungen von Gesprächen vertraut machen und deren Bedeutung für das klinische Gespräch vermitteln.

Dazu gehören etwa

- die Bedeutung von Kontextbedingungen (wie institutionelle und zeitliche Rahmen, die Rollenbeziehung von Arzt und Patient) für das Gespräch,
- der Handlungscharakter des Sprechens (im Gegensatz zu einer rein inhaltsbezogenen Sichtweise),
- die Prozessualität des Gesprächs.

1.1.2. Datenanalyse mit Video und Transkript

Anhand von Aufnahmen authentischer Gespräche und mit Hilfe von Transkripten wird die genaue Beobachtung und Analyse von Stimme, Sprache und Interaktionshandeln eingeübt. Im klinischen Alltag wird es zwar nur selten möglich sein, sich intensiv mit Aufnahmen von Patientengesprächen zu befassen. Diese Arbeit ist aber eine Schule des Zuhörens, in ihr bildet sich ein neuer Blick für die Details und die Prozesshaftigkeit von Gesprächen.

1.1.3. Klinisch relevante Kommunikationsphänomene

Hier geht es darum, auf markante und besonders aufschlussreiche Kommunikationsphänomene im klinischen Gespräch zu sensibilisieren. Dies wird in didaktischen Demonstrationen dargelegt und dann an gemeinsamen Datenanalysen vertieft und praktisch erprobt. Wichtige Dimensionen sind hier:

- Wie setzt der Patient seine Stimme ein? Geachtet wird hier auf Aspekte wie Betonung und Lautstärke, Tempo, Kehlkopfstellung (gepresstes Sprechen), und Erzeugung des Primärschalls im Kehlkopf (behauchtes Sprechen) und deren psychologische Relevanz; für Angst z.B. stockendes, leises Sprechen, gepresste Stimme, Sekretion, allg. Sprechanstrengung bis zu Stimmversagen
- Wie formuliert der Patient? Zu achten ist hier auf die Bezeichnungen, die der Patient für seine Krankheit und die mit ihr verbundenen Ereignisse und Erlebnisse wählt, welche Ausdrücke und Formeln er zur Erklärung seiner Krankheit und zur Beschreibung ihrer Relevanz einsetzt, wie und wo er zögerlich oder bestimmt, abstrakt oder konkret, flüssig oder mit großen Formulierungsschwierigkeiten und Abbrüchen spricht.
- Wie strukturiert der Patient seine Darstellungen? Wichtig ist hier die Analyse der Erzählstruktur, z.B. das Auflösungsniveau, die Abfolge und Lücken in der Erzählung, Schlüssepisoden und wiederkehrende Darstellungsmotive, der Wechsel von Themen und die Argumentationen, Abwägungen und Bewertungen, die der Patient vornimmt²⁴.
- Aus welcher Perspektive schildert er Erlebtes? Zu achten ist darauf, welche Aspekte eines Erlebens der Patient darstellt (z.B. Körperempfindungen, Kognitionen, Gefühle, Handlungen, Reaktionen anderer, relevante Situationen im

Alltag). Hier ist zu beachten, wie sie kategorisiert werden, welche Perspektiven dominant sind und welche nicht vorkommen.

- Wie gestaltet der Patient die Interaktion mit dem Therapeuten? Durch die Art und Weise, wie der Patient mit dem Therapeuten umgeht, zeigt er wichtige Aspekte der Bedeutung der Krankheit für seine Identität, Strategien der Bewältigung und Erwartungen an den Arzt^{24,30}. Zu achten ist daher auf die thematischen Initiativen und Fragen des Patienten, seine Themenwechsel und seinen Umgang mit dem Rederecht (Übernahme, Beanspruchung und Abgabe), seine Reaktion auf ärztliche Fragen und sein körperliches Verhalten im Gespräch.

2. Fähigkeiten der Gesprächsführung

Die meisten der eben genannten Informationen über den Patienten kann der Arzt aber nur gewinnen, wenn er das Gespräch so führt, dass der Patient überhaupt die Gelegenheit bekommt, seine eigene Betroffenheit durch die Krankheit darzustellen. Die ist leider in sehr vielen Arzt-Patient-Gesprächen nicht der Fall²³, sei es, weil Zeitdruck und die schlechte Bezahlung von Gesprächsleistungen den Raum für ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten begrenzen, sei es, weil der Arzt aufgrund eines rein biomedizinischen Krankheitsverständnisses der subjektiven Bedeutung der Krankheit für den Patienten keine Relevanz beimisst²¹. Tatsächlich aber zeigt sich, dass in vielen Fällen nur dann, wenn der Patient hinreichend zu Wort kommt, die Therapie erfolgreich ist, weil der Arzt nur so die für die Behandlung relevanten Ursachen und Nebenbedingungen sowie die Bedeutung der Krankheit für den Patienten erfahren konnte und sein Vertrauen und seine Mitarbeit an der Behandlung gewinnen kann.

2.1. Anforderungen an die ärztliche Gesprächsführung

Der Arzt muss bei der Gesprächsführung auf Folgendes achten:

- **Darstellungsgelegenheiten bieten:** Um vom Patienten die relevanten Informationen zu erhalten, sind spezielle Techniken des Fragens und des Eingehens auf den Patienten notwendig.
- **Verständlichkeit:** Der Arzt muss sich dem Patienten gegenüber verständlich und transparent ausdrücken. Dies erfordert z.B., komplizierte medizinische Sachverhalte nicht-fachsprachlich, sondern alltagsweltlich verständlich mitzuteilen bzw. wichtige Fachtermini zu erklären.
- **Emotionen bearbeiten:** Der Arzt muss einfühlsam auf die emotionalen Befindlichkeiten des Patienten eingehen. Dies erfordert z.B., dass er bei der Mitteilung schlimmer Diagnosen sondiert, wie viel Wahrheit dem Patienten zuzumuten ist, dass er latente Emotionen des Patienten anspricht oder dass er auf die Ängste des Patienten vor Entwicklungen oder Folgen seiner Krankheit eingeht.
- **Partnerschaftliche Beziehung:** Das Ziel besteht darin, den Patienten als gleichberechtigten Partner zu behandeln, mit dem gemeinsam informierte Entscheidungen über den therapeutischen Prozess getroffen werden. Dies beinhaltet, dem Patienten die Optionen des therapeutischen Vorgehens zu erklären und zu begründen und gemeinsam Entscheidungen auszuhandeln.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, wie viel über die Probleme von Patienten zu erfahren ist, wenn man ihnen ermöglicht, zunächst selbst die Schwerpunkte ihrer Beschwerdenschilderung und der anamnestischen Darstellung zu setzen¹³. Erst in einem zweiten Schritt sind dann gemäß einem ärztlichen Fragenkatalog diejenigen Aspekte nachzufragen, die vom Patienten

noch nicht angesprochen oder nicht genau genug dargestellt wurden. Einzuüben ist daher eine Technik der Gesprächsführung, die Raum für die Narration des eigenen Lebens gibt und diese nicht von vornherein in eine Batterie von sehr spezifischen, gar geschlossenen Fragen zwingt, die aufgrund von Anamneseschemata und diagnostischen Hypothesen festgelegt werden. Nur durch eine narrationsförderliche Gesprächsführung hat der Patient die Möglichkeit, seine Betroffenheit durch seine Probleme in der Art und Weise des Sprechens und der Dialoggestaltung zu zeigen, d.h., eben Informationen zu geben, die nicht direkt abfragbar sind und sich nur im Handeln zeigen. Nur durch diesen narrativen Raum kann der Arzt aber auch erfahren, welche Relevanz die Krankheit für den Patienten im Kontext seines Alltags und seiner weiteren Biographie hat und wie er sich ihren Verlauf erklärt.

2.2. Förderung von Kompetenzen der Gesprächsführung

Der Therapeut muss also lernen, das ärztliche Gespräch als eine Ko-Produktion zu verstehen³⁰: Der Patient ist nicht einfach ein Informationslieferant, der unabhängig vom Handeln des Arztes funktioniert. Es geht vielmehr darum, gemeinsam das Gespräch so zu gestalten, dass eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wird und dass der Patient die Gelegenheit hat, möglichst viele relevante Facetten der Bedeutung der Krankheit für sein Leben zu zeigen. Dazu ist es wichtig, dass der Arzt auf die Auswirkungen seiner eigenen Gesprächsbeiträge auf den Patienten sensibilisiert wird und dass er lernt, förderliche Strategien der Gesprächsführung einzusetzen. Der Arzt kann sich deshalb nicht auf die üblichen Fragen der Beschwerdeerhebung und der Anamnese beschränken, und er muss diese stärker an den Darstellungsduktus und das Vorwissen des Patienten anpassen^{21,22,29}.

- Ärztliches Fragen: Offene Fragen stellen (“Wie“-Fragen, die Erzählungen anregen), subjektive Betroffenheit und Theorien erfragen, Fragen in einen für den Patienten nachvollziehbarem Zusammenhang stellen, fachlich motivierte Fragen erläutern (“Ich frage das, weil ...”)
- Aktives Zuhören: Körperliche Zuwendung zum Patienten, Rückmeldesignale geben und Blickkontakt halten; Verständnis sichern durch Nachfragen, Paraphrasen und Zusammenfassungen
- Eingehen auf Patientenfragen und -darstellungen: Belastung und Bewältigungsanstrengungen anerkennen, Emotionen ansprechen und benennen, negative Emotionen (Angst, Wut, Schuld, Scham) auffangen, Trost anbieten; zu vertiefter Darstellung ermutigen, Lücken nachfragen, Vorwissen über Krankheit eruieren, Begründungen erfragen^{18,20}.
- Entwickeln von Vermittlungsstrategien: Gesprächsablauf transparent machen, Untersuchungsschritte und Verordnungen erklären, evidenzbasierte Therapieoptionen darlegen, Fachbegriffe erläutern durch Metaphern, Vergleiche oder Szenarien, ggfs. eigene Erfahrungen einbringen^{6,7}.
- Aushandeln: Behandlungserwartungen klären, Informationswünsche eruieren, Anforderungen an Mitarbeit des Patienten transparent machen und aushandeln, Therapieplan gemeinsam entwickeln und ratifizieren¹⁹.

Fazit

Mein Ziel war es, ihnen einen Einblick über den Ansatz der Angewandten Gesprächsforschung zu geben und anzudeuten, wo die Förderung der kommunikativen Kompetenz von Ärzten und Psychologen aufgrund ihrer wissenschaftlichen Erkenntnisse

anzusetzen hätte. Der nächste Schritt ist nun die Erarbeitung eines Lehr- und Trainingsprogramms, in dem Ärzten, Psychiatern und Psychologen die entsprechenden Beobachtungs-, Diagnose- und Gesprächsführungsfähigkeiten vermittelt werden.

Die Arzt-Patient-Kommunikation ist ein überaus relevanter Bereich der gesellschaftlichen professionellen Kommunikationspraxis. Da auch von ärztlicher Seite zunehmend die überaus große Relevanz kommunikativer Kompetenzen für die Professionalität und den Erfolg der ärztlichen Tätigkeit erkannt wird, ist dies ein zukunftsträchtiges Arbeitsfeld. Eine Ausbildung in Angewandter Gesprächsforschung erschließt somit Linguisten neue Berufsfelder in Beratung und Training, die bisher von anderen Professionen (v.a. Psychologen, Pädagogen) bzw. von Autodidakten beherrscht wurden. Dies ist ein Markt, auf dem die Linguisten durch die methodische Fundierung ihres Vorgehens und ihr Wissen über Sprache und Kommunikation einen wertvollen, bisher gesellschaftlich noch kaum wahrgenommenen Beitrag leisten können und in vielen Erkenntnissen anderen Anbietern, die sich auf diesem Markt tummeln, überlegen sind.

Reference

1. Auer P (1999). Sprachliche Interaktion. Tübingen: Niemeyer.
2. Becker-Mrotzek M, Vogt R (2001). Unterrichtskommunikation. Tübingen: Niemeyer.
3. Bergmann J (1994). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz G, Hundsniesser F (Hg.) Handbuch der Dialoganalyse. Tübingen: Niemeyer, 3-16.
4. Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager S (Hg.) (2001). Text- und Gesprächslinguistik. 2.Halbband. Reihe Handbücher der Sprach- und Kommunikationswissenschaft (HSK). Berlin: de Gruyter.
5. Brünner G (2000). Wirtschaftskommunikation. Tü-

- bingen: Niemeyer.
6. Brünner G (2005). Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.90-109.
7. Brünner G, Gülich E (Hg.) (2002). Krankheit verstehen. Bielefeld: aisthesis.
8. Deppermann A (1999). Gespräche analysieren. Opladen: Leske und Budrich.
9. Eckert H, Laver J (1994). Menschen und ihre Stimmen. Weinheim: Beltz.
10. Ehlich K (1991). Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse - Ziele und Verfahren. In: Flader, Dieter (Hg.) Verbale Interaktion. Stuttgart: Metzler, 127-143.
11. Ehlich K, Rehbein J (1986). Muster und Institution. Tübingen: Niemeyer.
12. Fiehler R, et al (2004). Eigenschaften gesprochener Sprache. Tübingen: Narr.
13. Gülich (2005). Krankheitserzählungen. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 73-89.
14. Gumperz JJ (1982). Discourse Strategies. Cambridge: Cambridge University Press.
15. Gutenberg N (2001). Einführung in die Sprechwissenschaft und Sprecherziehung. Frankfurt am Main: Peter Lang.
16. Hutchby I, Wooffitt R (1998). Conversation Analysis. Oxford: Polity.
17. Kallmeyer W (2001). Beraten und Betreuen. Zur gesprächsanalytischen Untersuchung von helfenden Interaktionen. In: Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 2, S.227-252.
18. Köhle K, et al (2002). Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. Köln: Universitätsklinikum.
19. Koerfer A, Obliers R, Köhle K (2005a). Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.137-157.
20. Koerfer A, Obliers R, Köhle K (2005b). Das Visitengespräch: Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.256-284.
21. Lalouschek J (2002). Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Untersuchung zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, verfügbar unter <<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/lalouschek.htm>>.
22. Lalouschek J (2005). Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung - am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.48-72.
23. Löning P (2001). Gespräche in der Medizin. In: Antos G, Brinker K, Heinemann W, Sager S (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik, 2. Halbband. Text- und Gesprächslinguistik. Berlin: de Gruyter, S. 1576-1589.
24. Lucius-Hoene G, Deppermann A (2004). Rekonstruktion narrativer Identität. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
25. Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.) (2005). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
26. Nothdurft W (Hg.) (1995). Streit schlichten. Berlin: de Gruyter.
27. Sandler J (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. In: Psyche 30, S.297-305.
28. Schwitalla J (2006). Gesprochenes Deutsch. Berlin: Erich Schmidt.
29. Spranz-Fogasy T (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.17-47.
30. Streeck U (2004): Auf den ersten Blick. Stuttgart: Klett-Cotta.